

歯科衛生士求人票

千葉県立保健医療大学

※受付番号				※受付年月日				
求人先	名称							
	所在地		医院長名					
	紹介者 職・氏名		人事担当 TEL					
募集人数		名		診療内容		一般・小児・口腔外科・矯正 その他()		
採用条件	勤務時間		時 分～ 時 分					
	診療時間		時 分～ 時 分		歯科医師		常勤 名・非常勤 名	
	基本給		円		歯科衛生士		常勤 名・非常勤 名	
	手当		円		歯科助手		名	
	手当		円		歯科技工士		名	
	* ¹ 手当		円		受付・事務員		名	
	計		円		ユニット台数		台	
	交通費		全額 一部(円まで)		医院紹介および採用者への希望事項			
	賞与		年 回 約 ヶ月					
	昇給		年 回 約 %					
	退職金		有(勤務 年以上) 無					
	研修会 出席		認める(旅費支給有・無) 認めない					
休診日								
年次有給休暇				提出書類		履歴書 その他()		
試用期間		有() 無						
* ² その他の条件								
加入保険		健康保険(社保・歯科医師会国保) 厚生年金 雇用 労災(加入に○)						
保険料の雇用主側の負担率		全額 半額		負担なし		その他()		
勤務地略図				交通機関 最寄り駅 「 」線 駅 「 」線 駅 バス 分 徒歩 分				
※採用決定者氏名								

*¹いわゆる固定残業代については、「手当」に詳細を記入

*²裁量労働制、派遣労働者雇用などの条件については、「採用条件のその他の条件」に記入

※は記入不要